4

QUESTION.

DANS LES CAS

DE

PRÉSENTATIONS VICIEUSES DU FOETUS,

QUE CONVIENT-IL DE FAIRE?

THÈSE

SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, POUR LE CONCOURS DE LA CHAIRE DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENS,

PAR J.-B. BAZIGNAN,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux de la même ville, professeur d'accouchemens.

Ut infanti eadem quæ utero, utero eadem quæ pelvi sit directio; vel, si ita mavis, ut infanti et utero et pelvi una et eadam sit axis.

TAK, *Specimen obst.*, pag. 10.

Paris,

IMPRIMERIE LE NORMANT, RUE DE SEINE, N° 8.

1834.

JUGES DU CONCOURS.

Professeurs de la Faculté.

President, M. MOREAU.

Juges, MM.
CLOQUET.
DUPUYTREN.
GERDY.
MARJOLIN.
ROUX.
DUMÉRIL.
BÉRARD aîné.

Suppléant, M. FOUQUIER.

Membres de l'Académie de Médecine.

Juges, MM.
CAPURON.
DEVILLIERS.
LEBRETON.
VILLENEUVE.

Suppléant, M. DANYAU.

Compétiteurs.

MM. BAZIGNAN.
DUBOIS (PAUL).
LÉCORCHÉ-COLOMBE.
VELPEAU.

QUESTION.

DANS LES CAS

DE

PRÉSENTATIONS VICIEUSES

DU FŒTUS,

QUE CONVIENT-IL DE FAIRE?

Cette question, dont l'ensemble comprend tout le manuel obstétrique, ou pour mieux dire, tout l'art des accouchemens, puisqu'il doit être la répétition, la copie de la parturition naturelle, demanderait, pour être traitée convenablement, beaucoup plus de temps qu'il ne nous en est accordé; toutefois, dans le cadre étroit dans lequel nous sommes forcé de nous renfermer, nous nous efforcerons de réunir à la concision la clarté si nécessaire dans une matière qui, pour être bien comprise et bien rendue, demande une longue pratique, l'observation attentive et soutenue d'une multitude de faits, non seulement analogues, mais encore entièrement dissemblables; une grande habitude de les analyser, de les comparer les uns avec les autres, afin d'en faire ressortir la différence, ainsi que le point de contact qu'ils offrent avec les accouchemens faciles, spontanés et ceux qui nécessitent l'intervention de l'art.

Ce serait donc à la nature que nous devrions demander des ex-

plications précises ; c'est elle que nous désirerions interroger avant toutes choses pour nous guider dans la solution de la question qui nous est échue ; mais combien de temps nous prendrait l'exposition en général si régulière du mécanisme de la parturition naturelle. Ce mécanisme admirable, en nous facilitant la solution d'une multitude de questions, nous servirait de chaînon pour lier le grand tout obstétrical qui rentre essentiellement dans son domaine, et à mieux faire ressortir la différence des cas qui lui sont diamétralement opposés.

Par ces motifs faciles à comprendre, nous nous trouverions naturellement forcé de négliger aussi le mécanisme de la parturition artificielle, mais la question nous paraîtrait incomplète, et nous voulons éviter un reproche de ce genre. Nous en dirons donc deux mots.

Ainsi, séparée, isolée de tout ce qui n'est pas elle, nous pourrons l'envisager, sinon sous un point de vue nouveau, du moins d'une manière plus lumineuse.

Avant de commencer, posons, à l'imitation de tous les accoucheurs célèbres, quelques principes sanctionnés par le temps et l'expérience.

La parturition naturelle exige des conditions sans lesquelles elle ne peut s'effectuer. Ces conditions regardent les unes la mère, les autres le fœtus.

1° La première doit avoir le bassin non seulement bien conformé, mais encore les parties génitales assez souples, assez dilatables pour donner passage au fœtus ; des forces suffisantes ; et la matrice parallèle ou peu inclinée à l'axe du détroit supérieur ;

2° L'enfant doit être proportionné au canal pelvien, et son axe parallèle à ceux de la matrice et du bassin.

L'absence de l'une de ces conditions ralentit l'accouchement, le rend difficile, dangereux, impossible, mortel même pour la mère et l'enfant, si l'art ne vient au secours de la nature, ou si, par une de ces ressources qui tient du prodige, cette dernière, déjouant

les prévisions de l'accoucheur, donne de nouveau, si je puis parler ainsi, la vie à deux êtres qui paraissaient y avoir perdu toute espèce de droit, et à ce dernier l'espérance et la joie qui l'avaient abandonné.

S'il règne de nos jours tant de dissidence sur la possibilité de certains accouchemens, sur la limite où il cesse d'être naturel, cela tient, sans aucun doute, à la négligence de l'appréciation exacte de l'une de ces conditions, particulièrement des dimensions du bassin et de la tête comparées entre elles. Tant que les accoucheurs modernes suivront les traces des anciens, la science sur ce point ne fera point de véritables progrès.

Voulant éviter toute espèce de contestation sur ce point, nous transcrirons les deux termes du problème adoptés par Solayrès et Baudelocque, et nous raisonnerons d'après ces données pour en chercher la solution.

1° Un bassin bien conformé ayant 1° au détroit supérieur d'avant en arrière, 4 pouces, transversalement 5 pouces, obliquement 4 pouces et demi; 2° au détroit inférieur, 4 pouces dans le diamètre transversal, 4 pouces dans les obliques, et un demi ou trois quarts de pouce de plus dans l'antéro-postérieur *coccy-pubien* à cause de la rétropulsion du coccyx en arrière; et 3° trois quarts de pouce de plus dans l'excavation que dans les détroits;

2° Une tête de fœtus de moyenne grosseur, mais à terme, ayant 5 pouces et un quart de diamètre occipito-mentonnier, 4 pouces un quart de l'occiput au front, 3 pouces et demi d'une bosse pariétale à l'autre, et 3 pouces entre les deux temporaux; déterminer la situation la plus favorable de cette tête pour traverser le bassin.

Il est nécessaire pour cela qu'elle se place diagonalement au détroit supérieur; directement dans l'excavation, l'occiput en avant.

La nature lui fait exécuter pendant son trajet à travers la filière trois mouvemens, 1° de flexion au détroit supérieur; 2° de rotation dans l'excavation; et 3° de déflexion au détroit inférieur.

Les deux premiers rendent le diamètre occipito-mentonnier parallèle aux axes des détroits, circonstance qui, réunie à l'homologation de l'occiput avec l'arcade sous-pubienne, fait que, *pendant tout le temps du travail*, *la tête présente ses plus petites dimensions et sa plus petite circonférence aux plus grandes des détroits et de l'excavation.*

Toutes les fois maintenant que la filière aura des dimensions supérieures à celles du premier terme du problème, le volume de la tête pourra être plus considérable sans pour cela porter obstacle à l'accouchement. De même, un bassin plus étroit que nous ne l'avons supposé, laissera passer une tête beaucoup plus petite que celle indiquée dans le second *terme*. C'est dans ces circonstances seulement qu'on peut concevoir la possibilité de l'accouchement dans les cas de présentations du visage et de positions postérieures de la tête. Elles sont impossibles antrement.

La proportion du fœtus avec la filière aurait beau exister, si l'une des extrémites de l'ovoïde fœtal ne se présentait au détroit supérieur, et si son grand axe n'était parallèle aux deux axes utérin et pelvien, la parturition deviendrait difficile. Une légère inclinaison du fœtus facilite sans doute certaines positions, mais elle ne peut être jamais très-marquée sans conduire aux présentations vicieuses. D'après ces explications que nous supposons bien comprises, nous pouvons les définir : *Toute présentation anomale*, *toute obliquité totale ou seulement partielle de l'axe du fœtus sur ceux de la matrice et du bassin qui rend l'accouchement difficile*, *impossible sans le secours de l'art.* L'ovoïde ne peut être oblique aux axes susnommés sans que l'extrémité qui se trouve au détroit supérieur n'arc-boute contre l'un des points de ce détroit diamétralement opposé à l'obliquité utérine. Les forces expultrices se dirigeant parallèlement à la longueur du mobile porteront contre le point pulvien. De là décomposition des forces en deux secondaires, l'une perpendiculaire au plan, et l'autre parallèle à ce même plan : la première se brisera et sera nulle pour la par-

turition. La seconde aura seule quelque influence sur le fœtus. Son efficacité sera d'autant plus grande que l'inclinaison sera moindre. Elle deviendra nulle si l'inclinaison est complète, c'est-à-dire si l'axe fœtal est devenu perpendiculaire à l'axe pelvien ou placé en travers.

L'obliquité partielle est tout aussi facile à comprendre : prenons pour exemple la tête. Cette partie du squelette jouit d'une très-grande mobilité sur le col; obéissant plus facilement que le reste du tronc aux causes des obliquités, elle s'infléchira sur l'une ou l'autre épaule et mieux sur la face postérieure, exécutera prématurément un mouvement de déflexion, le visage se présentera au détroit supérieur, et l'accouchement sera également suspendu.

Nous diviserons ce travail en deux parties : dans la première nous traiterons successivement des causes, des signes, du diagnostic, du prognostic, des indications à remplir en général, et de la division des présentations vicieuses du fœtus; dans la seconde, de chacun de ces objets en particulier et de la manière d'y remédier.

PREMIÈRE PARTIE.

Causes. — Les causes peuvent être divisées en celles provenant de la mère ou bien du fœtus.

1° Toutes les obliquités utérines portées à un certain degré; le décubitus long-temps prolongé sur le dos, les côtés, les viciations du bassin, les secousses violentes et plus ou moins répétées, etc., etc., la contraction utérine;

2° La petitesse du fœtus, les mouvemens brusques, les convulsions dont il peut être affecté, sa mort, la grande quantité des eaux de l'amnios, sont mis au rang des causes des présentations vicieuses du fœtus; avouons cependant que toutes peuvent exister ensemble ou séparément sans produire aucun changement dans son attitude et sa situation, et que les véritables nous sont encore inconnues.

Signes.—Ils peuvent se manifester pendant la grossesse et pendant le travail de l'enfantement. Ils se tirent de la forme du ventre et de la partie que le fœtus présente au détroit supérieur.

1° *La forme du ventre*, la largeur anormale du ventre, sa forme bilobée, ses diverses obliquités utérines ne peuvent fournir que quelques probabilités;

2° Il en est de même des causes ;

3° Les signes fournis par les présentations fœtales sont d'une autre importance. (Voyez deuxième partie chaque cas en particulier.)

Diagnostic. — Les circonstances commémoratives résultant de l'âge, de la profession, des habitudes, des grossesses antérieures. Les signes fournis par le palper hypogastrique, l'auscultation, le toucher virginal, mais principalement les caractères différentiels des diverses régions de la surface extérieure du fœtus, serviront puissamment à établir le diagnostic.

Prognostic. — Le prognostic est en général grave, mais la gravité est subordonnée à une multitude de circonstances, telles que le temps qui s'est écoulé depuis la rupture des membranes, le genre de présentation vicieuse, les manœuvres plus ou moins inconsidérées déjà entreprises et qu'il serait trop long de commenter. Les complications qui accompagnent les présentations vicieuses, telles que la contraction spasmodique de l'utérus, l'inflammation de cet organe, celle du péritoine, etc. ; l'existence de l'une des causes accidentelles de l'accouchement même le plus naturel, telles qu'une hémorrhagie, des convulsions, etc. Le prognostic en général est d'autant moins grave, que l'opération est entreprise de meilleure heure, que le mouvement à faire exécuter à l'enfant est moindre, ou que la version est moins forte. Avant d'entreprendre l'accouchement, le médecin doit informer les parens de ses craintes et de ses espérances; il ne saurait trop se tenir sur ses gardes, car dans ces circonstances il est très-souvent dupe de sa bonne foi. — Lorsque le travail est compliqué d'accidens, c'est à les

faire disparaître que doivent tendre tous les efforts de l'accoucheur (voyez les ouvrages d'accouchemens).

Nous passons également sous silence les moyens employés pour combattre les inflammations péritoniales utérines et autres complications, pour ne nous occuper que des moyens obstétricaux. Ceux-ci réclament certaines conditions sans lesquelles il y a écueil pour l'accoucheur, danger pour la mère et pour l'enfant. Il est nécessaire, en général, avant de procéder à l'opération, que l'orifice de l'utérus soit complètement dilaté, ou bien assez dilatable pour laisser passer la main; autrement, on doit s'empresser de mettre en usage tous les moyens capables de le relâcher et de faciliter son ultérieure dilatation. La présence d'une hémorrhagie, des convulsions ne doivent faire exception dans aucun cas; mieux vaudrait recourir à l'incision du col utérin que de chercher à surmonter sa résistance comme Delamotte et Smellie l'ont vainement tenté. Cette incision (opération césarienne vaginale), faite avec précaution, n'est jamais suivie d'accident, tandis que les efforts faits pour pénétrer dans la cavité utérine peuvent entraîner les suites les plus fâcheuses. Entreprise trop tard ou long-temps après l'écoulement des eaux, l'opération n'offre que difficulté pour l'accoucheur, danger pour la mère et l'enfant; c'est donc vers le col utérin qu'on doit porter toutes ces recherches, et que sa plus ou moins grande dilatabilité engagera à différer l'opération ou à l'entreprendre promptement; aussitôt qu'elle est décidée, l'opérateur donne à la femme une situation convenable (Voyez les traités élémentaires). Maintenue par des aides, l'accoucheur cherche à la débarrasser avec le plus de promptitude, de douceur et de ménagement qu'il lui est possible. Il évite tout geste et tout préparatif capable d'effrayer la femme et les assistans. Lorsqu'il l'a commencée, il doit la continuer de sang-froid et sans se troubler, quel que soit l'accident qui se manifeste. Le choix de la main est ici de rigueur : tantôt, disent les auteur , c'est l'une ou l'autre main indifféremment; tantôt la gauche

ou la droite qui est introduite exclusivement. Quant à nous, nous pensons qu'une main est toujours indispensablement indiquée et qu'il n'est nullement indifférent (à moins de circonstances très-difficiles), pour le reste de l'opération, d'introduire l'une ou l'autre indistinctement, comme le veulent ces auteurs. Ainsi lorsque l'extrémité abdominale se présente, il convient dans tous les cas, d'introduire la main correspondante aux membres à dégager; celle qui se trouve en rapport avec l'extrémité abdominale dans tous les genres du tronc; enfin, la main correspondante au visage lorsque le vertex se présente. Avec la main droite on termine en première des pieds, en seconde avec la gauche. Les fesses font seules exception à cette règle.

S'il est forcé de la retirer après l'avoir introduite dans la matrice, il aura soin de ne pas la montrer teinte de sang. Pour faciliter son introduction et la rendre moins douloureuse, on l'enduit d'un corps gras seulement à l'extérieur (Rœderer). Faut-il l'introduire dans le vagin, l'accoucheur choisit le moment de la douleur, et la dirige parallèlement à l'axe du détroit inférieur. Si la vulve était étroite, on insinuerait, comme le prescrit Celse, les doigts les uns après les autres. La douleur est-elle passée, et est-il nécessaire de la faire pénétrer dans l'utérus, on choisit cet instant, mais en suivant la direction de l'axe du détroit supérieur. Avant d'introduire la main dans les organes génitaux, on porte l'autre sur le ventre de la femme, afin de fixer la matrice et de faciliter les mouvemens que la main introduite est chargée de faire exécuter à l'enfant. C'est pendant le calme de la douleur qu'on pratique la version ou les diverses manœuvres nécessaires pour le dégagement des membres. Pendant que l'on va à la recherche des pieds, la femme ne doit se livrer à aucun effort, et ne point faire valoir ses douleurs, si elles surviennent, jusqu'à ce que la demi-version ou la version totale ait été exécutée et que le dégagement des pieds ait eu lieu. Alors seulement on doit l'engager à pousser de toutes ses forces pour aider à l'extraction de

l'enfant. Pour faciliter la version, on doit toujours respecter l'attitude naturelle de l'enfant, surtout si les eaux sont écoulées depuis long-temps. On diminue ainsi son étendue, tandis qu'on l'augmenterait en le courbant sur sa face postérieure. — Parvenus à la vulve, les membres abdominaux sont successivement extraits, ainsi que le reste du fœtus, mais jamais avec trop de précipitation, de peur qu'en vidant la matrice trop promptement, elle ne tombât dans l'inertie, et qu'elle ne fût suivie d'un renversement ou d'une hémorrhagie mortelle. Avant de tirer sur les pieds, l'accoucheur doit s'assurer s'ils appartiennent au même enfant : le jeune praticien, qui ne pourrait pas toujours lever la difficulté par le rapprochement des deux pieds, introduira la main entre les deux membres jusqu'au haut des cuisses, où il rencontrera les organes génitaux, si les deux pieds appartiennent au même enfant. Lors de la présentation de trois ou d'un plus grand nombre, la manière de procéder serait la même ; seulement on devrait, après avoir isolé les deux membres appartenant au même enfant, rechercher s'ils sont unis, et alors on irait à la recherche du dernier membre pour tirer sur les quatre, comme si les deux enfans n'en formaient qu'un seul, ainsi que l'a fait M. Bry. — Si les pieds tendent à s'engager avec les fesses, et que le travail, malgré l'énergie des douleurs, soit de nul effet, on accélère l'accouchement en soulevant, d'une main, les fesses, et en tirant, de l'autre, sur les deux lacs, préalablement fixés sur les pieds.

Voici la manière de procéder à l'extraction du fœtus dans la première position des pieds :

Aussitôt qu'on leur a fait franchir la vulve, on les enveloppe d'un linge sec et doux, et on les saisit le pied droit de la main droite, le pied gauche de la main gauche ; on tire successivement sur les jambes et les cuisses, parallèlement à l'axe du détroit supérieur, mais plus fortement sur le membre antérieur, afin de faire exécuter un mouvement de spirale au tronc, et de ramener le dos derrière la cavité cotyloïde gauche. Lorsque les hanches

sont arrivées au détroit inférieur, on fait une anse du cordon ombilical pour éviter son tiraillement. Lorsque les fesses sont audehors, on place les mains en travers sur les hanches (la main gauche sur la gauche, la main droite sur la hanche droite), et on continue de tirer dans la même direction sans imprimer des mouvemens d'élévation et d'abaissement du pubis au coccyx, comme l'enseignent quelques accoucheurs, jusqu'à ce que les épaules soient parvenues au détroit supérieur. Alors seulement on porte le tronc, par un mouvement étendu mais lent, vers l'aine droite pour faire engager l'épaule postérieure, puis on l'abaisse avec les mêmes précautions vers la partie interne de la cuisse gauche pour le relever de nouveau, afin de pouvoir dégager l'épaule postérieure, et imiter ainsi la nature dans ses œuvres. L'enfant placé sur l'avant-bras gauche, on saisit, du pouce porté entre l'humérus et le col les doigts indicateur et médius, l'extrémité supérieure de l'humérus, on l'abaisse parallèlement à l'axe du détroit supérieur; changeant ensuite la position de la main, on porte l'indicateur et le médius là où était le pouce, et celui-ci sous le creux de l'aisselle; on suit le bras jusqu'au coude, on le dirige dans la concavité du sacrum en l'abaissant, puis on parcourt l'avant-bras et la main qu'on a saisis et dégagés, en les faisant passer sur la face antérieure de la poitrine. On enveloppe ce bras du linge qui entourait l'enfant; on place le tronc sur l'avant-bras droit pour le soutenir, pendant que de la main gauche, portée sur la hanche du même côté, on l'abaisse en arrière et à gauche; la main gauche, saisissant l'humérus de la manière que nous l'avons indiquée pour l'autre extrémité, abaisse cette épaule, puis parcourt le côté externe du bras, et le déploie d'avant en arrière et de haut en bas, en contournant le tronc. De la main qui a dégagé le dernier membre, on saisit les pieds; de l'autre, on va reconnaître le visage: on replace et on assujettit le tronc sur le bras droit. Deux doigts sont introduits dans la bouche du fœtus; deux autres de la main gauche sont portés sous l'occiput; la tête est placée diagonale-

ment de la cavité cotyloïde gauche à la symphyse sacro-iliaque droite, si elle n'y était pas; ensuite, conformément aux principes du mécanisme de l'accouchement naturel, on abaisse le menton pour faire fléchir la tête, puis on l'entraîne dans l'excavation; deux doigts de la main gauche sont appliqués derrière l'apophyse mastoïde droite pendant que la droite reste sur le visage, et un des doigts dans la bouche du fœtus. Par un mouvement combiné, mais inverse, on fait exécuter un mouvement de rotation; pour cela, on porte l'occiput de la cavité cotyloïde gauche sous la symphyse, et le visage de la symphyse sacro-iliaque droite dans la concavité du sacrum. Le mouvement de déflexion au détroit inférieur est le plus simple; on le produit en portant alternativement la tête de droite et de gauche, et en relevant le menton et le tronc vers l'abdomen. Par ce mouvement, la nuque se place sous la symphyse, et toutes les parties intermédiaires au menton et le haut du front, telles que la bouche, le nez, les yeux, etc., passent au-devant du périnée. Lors du mouvement de déflexion, la main droite, par sa face palmaire, soutient cette cloison charnue pour prévenir sa rupture.

Toutes les fois que la face postérieure de l'enfant est tournée en arrière, *positions postérieures des auteurs*, on tirera plus fortement sur le membre antérieur, afin de diriger la face antérieure directement en arrière et le dos en avant en première position.

Difficultés qui peuvent survenir pendant l'extraction de l'enfant.

1° Soit qu'il y ait vice de conformation du bassin ou volume démesuré du fœtus, les hanches peuvent se présenter naturellement ou accidentellement en travers (sacro-pubienne de Baudelocque). Cette disproportion de la filière avec le mobile portant obstacle à l'extraction, l'accoucheur doit suspendre sa manœuvre pour diriger l'enfant plus convenablement. Il place une main sous la symphyse du pubis, l'autre dans la concavité du sacrum. Il re-

foule parallèlement à l'axe du détroit supérieur. Après avoir rendu cette extrémité libre, il la situe en première position, s'il a mis la main droite entre les fesses du fœtus et la symphyse. Devenue libre, cette extrémité franchit le détroit inférieur.

Lorsqu'il est placé dans une situation opposée, l'abdomen est en dessus; on insinue alors la main droite entre le sacrum et les fesses, l'autre sous les pubis; on refoule et on tire alternativement sur le tronc de l'enfant en lui imprimant un mouvement de rotation pour porter le visage en arrière et réduire en première.

2° Dans la réduction des positions postérieures des auteurs aux antérieures, seules possibles, il peut se faire qu'un bras passe sur les côtés de la tête, l'abandonne, et se porte vers l'occiput, entre cet os et les pubis, et s'oppose à la descente ultérieure de la tête. L'entre-croisement du bras avec le col caractérise la difficulté. Pour faire cesser toute disproportion, l'accoucheur prend les pieds de la main gauche, soulève le tronc, porte la droite sous le menton, deux doigts de la main gauche sous l'occiput, après avoir situé le tronc sur l'avant-bras correspondant à la main introduite, et refoule la tête. Lorsque le bras est devenu libre, on le conduit vers le visage, en le faisant passer derrière la symphyse des pubis; le reste comme ci-dessus. Mais il n'est pas toujours facile de lui faire exécuter ce mouvement, et les tentatives faites pour l'effectuer sont suivies de la fracture de l'humérus ou de la clavicule. Cet accident n'a pas toujours lieu, et Mme Lachapelle est parvenue, le bras postérieur toutefois dégagé, à extraire le tout par des tractions ménagées. Si les doigts qu'on emploie pour dégager le bras ainsi croisé sur la nuque étaient insuffisans, le crochet mousse dont se sert M. Dubois père pourrait être essayé.

3° Il peut arriver encore que le fœtus soit sorti jusqu'aux épaules et que la tête se trouve enclavée du pubis au sacrum, le visage en arrière ou en avant. Dans le premier cas, le dégagement des bras n'aura rien de particulier; dans le second, il sera plus difficile et devra être fait d'arrière en avant. Aussitôt que ces

extrémités seront au dehors, on refoulera la tête des deux mains placées en arrière et en avant sous la base du crâne, parallèlement à l'axe du détroit supérieur; on ramènera l'occiput vers l'une des cavités cotyloïdes par un mouvement de rotation très-peu marqué si la position est occipito-pubienne, et beaucoup plus considérable si elle est occipito-sacrée; on extraira en outre la tête par les procédés connus.

Si dans les tentatives de conversion des positions postérieures aux deux cotyloïdiennes on éprouve une difficulté sérieuse, ce qui n'a lieu ordinairement que lorsque la matrice est vide d'eau, et immédiatement appliquée sur le fœtus, il serait préférable de laisser sortir le tronc jusqu'aux épaules, le sternum en avant; on éviterait de cette manière la torsion du col, le croisement des bras sur le col, obstacles toujours très-difficiles à surmonter, et très-dangereux pour l'enfant. — Passons à la division des présentations vicieuses du fœtus, et à l'étude de chacune d'elles en particulier.

Classification des présentations vicieuses.

Nous diviserons les présentations vicieuses du fœtus ainsi que l'ont fait Solayrès, Baudelocque, et après eux tous les auteurs modernes, en trois grandes sections ou ordres naturellement indiqués par trois grands points bien différens du fœtus qui peuvent se présenter à la filière du bassin : Les deux extrémités de son grand axe (pelvienne et tête) et le tronc proprement dit. Ces trois ordres diffèrent entre eux d'abord sous le rapport du mode opératoire et sous celui de leur fréquence. Relativement à cette dernière, voyez chaque cas en particulier. Quant à la difficulté de l'opération, elle est d'autant plus grande, toutes choses égales d'ailleurs, que le mouvement à faire exécuter à l'ovoïde est plus grand, que les extrémités inférieures sont plus éloignées du centre du détroit supérieur. De deux choses l'une : ou la présentation vicieuse de la partie appartient à l'extrémité céphalique ou

à l'extrémité pelvienne. Dans le premier cas, la main ne peut que rarement la corriger, jamais la saisir et l'extraire; dans le second cas, au contraire, la main s'applique facilement sur elle, peut la déployer et l'amener au-dehors; sa forme conoïde et sa subdivision en deux cônes secondaires permet de les isoler l'un de l'autre et de les extraire séparément ou en même temps. Il y a donc nécessité de convertir, lorsque le forceps n'est point indiqué, l'ordre d'accouchement de la tête en celui des pieds, toutes les fois qu'il y aura urgence de terminer l'accouchement.

Personne ne met en doute que les présentations du tronc ne soient essentiellement vicieuses et tout-à-fait en dehors des principes obstétricaux, et ne reconnaisse l'urgence de les réduire le plus promptement possible à l'ordre des pieds. Mais l'opération que ces deux ordres d'accouchement réclament pour leur conversion en celui d'extrémité abdominale (version) n'est pas également facile; plus cette dernière sera éloignée du détroit, plus il faudra lui faire faire de chemin pour l'y amener. Il est donc clair que dans les présentations du tronc il faudra moins de temps et qu'on aura plus de facilité à obtenir ce résultat que dans celle de la tête. De là la division depuis long-temps adoptée en *version partielle et totale*.

Solayrès et Baudelocque ont admis dans les trois classes dont je viens de parler autant de genres qu'il y a de régions qui peuvent se présenter anormalement. Ils sont au nombre de vingt-trois : deux pour les genoux et les fesses; cinq pour la face antérieure de l'enfant; le pubis et le devant des aines; l'abdomen; le devant de la poitrine; la gorge et le visage; six pour chaque côté; la hanche, le flanc, le côté de la poitrine, l'épaule, le côté du col, le côté de la tête; quatre dans le plan postérieur; les lombes, le dos, la nuque, et l'occiput; enfin le vertex. Dans ce dernier genre il a admis six positions : trois antérieures, deux diagonales-occipito-cotyloïdiennes gauche (1re) et droite (2e), occipito-pubiane (3e); et trois postérieures : deux diagonales aussi, occipito-symphy-

sienne droite, occipito-symphysienne gauche (5e) et la troisième directe occipito-sacrée. Pour tous les autres genres il ne reconnaît que quatre positions, mais il intervertit l'ordre qu'il s'était imposé. Ainsi il supprime les positions diagonales postérieures, dans les genres des genoux et des fesses. Les deux premières sont ici les directes, les deux dernières les tibio ou sacro-cotyloïdiennes gauche et droite.

Dans tous les autres genres du tronc il n'admet plus de positions diagonales. On ne trouve que les directes dans lesquelles le fœtus est placé directement du pubis au sacrum, et deux transversales dans le troisième. La tête répond toujours à gauche du bassin ou à la fosse iliaque gauche; et à la fosse iliaque droite dans la quatrième.

Ce désordre, si je puis parler ainsi, qu'a mis Baudelocque dans le nombre des positions des diverses classes d'accouchemens, et la multiplicité des genres qu'il a admis, a été senti par presque tous les auteurs qui l'ont suivi; tous ou presque tous y ont apporté des modifications plus ou moins importantes. M. Capuron, entre autres, est un de ceux qui l'a le plus heureusement modifié. D'abord il n'établit point, comme Baudelocque, sa division d'après les différentes régions du tronc du fœtus, dont plusieurs offrent souvent la même indication, mais, dit-il, d'après les procédés opératoires qui se réduisent à un petit nombre. En effet, lorsque l'enfant vient par l'extrémité pelvienne, il faut seulement dégager les membres abdominaux avant de l'extraire; vient-il, au contraire, par l'une des régions du tronc ou par la tête, il faut le retourner; dans le premier cas en partie, et dans le second en totalité. De là sa division naturelle des présentations du fœtus en deux ordres. Le premier, le plus facile, est divisé en trois genres, pieds, genoux, fesses. Le deuxième en deux sous-ordres : l'un pour le tronc et l'autre pour la tête. Il n'admet que quatre genres pour la tête, un pour le sommet, un pour le visage, un troisième pour l'occiput, enfin un quatrième pour les deux côtés de la tête.

Enfin, dans le second sous-ordre il reconnaît trois genres indiqués par les deux côtés, la face antérieure et la face postérieure.

Les positions qu'admet M. Capuron dans chaque genre présentent bien plus d'ordre et de clarté. Il supprime les deux positions directes de Baudelocque, ainsi que les positions transversales du tronc, et ne conserve que les obliques ou diagonales : deux antérieures et deux postérieures.

Les genres de l'occiput, du visage et des côtés de la tête pourraient, dit-il, être aisément supprimés, puisqu'ils se terminent comme ceux des faces du tronc ; alors il ne resterait qu'un seul genre pour la tête, celui où elle présenterait le sommet, ce qui réduirait les accouchemens manuels à sept genres, et vingt-huit positions.

Dans ses cours particuliers, le professeur dont nous parlons simplifie davantage sa division. Il prouve que les quatre positions diagonales admises pour tous les genres peuvent être réduites à deux, car les positions postérieures étant en tout semblables, eu égard aux dimensions respectives de l'enfant et du bassin, aux positions antérieures, il est indifférent qu'il soit placé en première ou en troisième, ou bien en deuxième ou en quatrième.

Il est également à peu près indifférent que l'enfant soit placé diagonalement de gauche à droite, ou de droite à gauche, la position étant toujours diagonale, le procédé opératoire ne différera que par le choix de la main. En définitive, il n'y a réellement qu'une position.

En supposant que le raisonnement n'eût point conduit M. Capuron à ce résultat aussi simple que vrai, la nature le lui aurait suggéré : dans l'acte de la parturition, elle a toujours soin de réduire à deux positions fondamentales toutes celles que l'imagination des auteurs a créées ou que dans ses erremens cette même nature avait fournies. Imitateur fidèle de cette nature, il n'a donc

pu admettre que deux positions, les cotyloïdiennes ; et comme, encore une fois, elles sont en tout semblables, il est inutile de les séparer.

Voilà l'unité de réduction où a conduit M. Capuron, l'analyse exacte des présentations vicieuses du fœtus. Mais cette classification si naturelle et si simple pour le praticien ne paraîtrait peut-être pas telle à l'élève qui débute dans la carrière des accouchemens. C'est là le motif qui nous engage à la modifier quant au nombre des genres seulement.

Nous diviserons les présentations vicieuses du fœtus en trois ordres : le premier comprendra celles de l'extrémité inférieure où nous ne reconnaîtrons qu'un genre. Le second ordre renfermant toutes les présentations vicieuses du tronc sera divisé en trois genres indiqués : par les faces antérieures, latérales et postérieures depuis les fesses jusqu'au vertex; chaque genre sera subdivisé à son tour, seulement pour plus de précision, en deux sous-genres, l'un pour le tronc proprement dit, l'autre pour le col et la région de la tête correspondante.

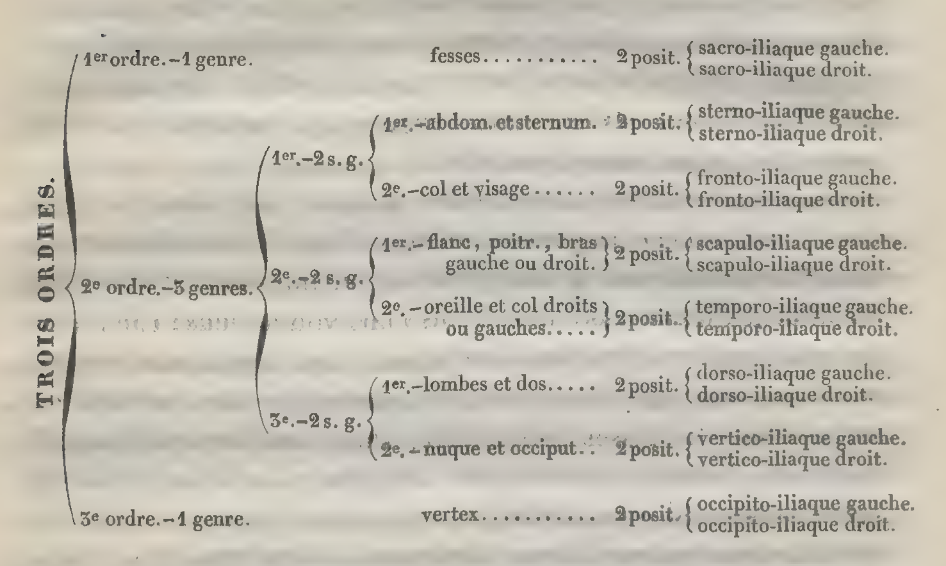
Le troisième ordre n'aura qu'un genre, le vertex.

Dans chaque genre nous n'admettrons que les deux positions franches de Mme Lachapelle. Que l'enfant présente le vertex ou l'extrémité pelvienne, toutes les fois que l'occiput, les talons (pieds), les jambes (genoux), le sacrum (fesses) répondront à l'un des points de la courbe gauche du détroit supérieur, il sera en première ; dans la seconde, au contraire, si les mêmes parties du fœtus sont tournées vers la courbe droite.

Pour tous les sous-genres du tronc, nous n'admettrons non plus que deux positions. Dans la première, la tête répondra toujours à la demi-courbe gauche, à la droite dans la seconde ; comme ces positions sont parfaitement semblables et qu'il est indifférent que ce soit plutôt l'une que l'autre, nous n'en décrirons jamais qu'une que nous convertirons aux deux positions calcanéo-cotyloïdiennes droite ou gauche.

En résumant, nous n'aurons que trois ordres d'accouchemens, cinq genres et deux sous-genres, seize positions réductibles à huit.

TABLEAU.



TROIS ORDRES.	1er ordre.–1 genre.		fesses	2 posit.	sacro-iliaque gauche. sacro-iliaque droit.
	2e ordre.–3 genres.	1er.–2 s. g.	1er.–abdom. et sternum.	2 posit.	sterno-iliaque gauche. sterno-iliaque droit.
			2e.–col et visage	2 posit.	fronto-iliaque gauche. fronto-iliaque droit.
		2e.–2 s. g.	1er.–flanc, poitr., bras gauche ou droit.	2 posit.	scapulo-iliaque gauche. scapulo-iliaque droit.
			2e.–oreille et col droits ou gauches	2 posit.	temporo-iliaque gauche. temporo-iliaque droit.
		3e.–2 s. g.	1er.–lombes et dos	2 posit.	dorso-iliaque gauche. dorso-iliaque droit.
			2e.–nuque et occiput	2 posit.	vertico-iliaque gauche. vertico-iliaque droit.
	3e ordre.–1 genre.		vertex	2 posit.	occipito-iliaque gauche. occipito-iliaque droit.

DEUXIÈME PARTIE.

PREMIER ORDRE. — I GENRE. — *Extrémité abdominale.*

Cet ordre d'accouchement est infiniment plus rare que celui de la troisième classe ou de la tête ; il serait toujours naturel, si des obstacles, provenant de l'inclinaison seule ou de l'obliquité de l'enfant, réunie à celle de la matrice, ne venaient le ralentir ou le suspendre, que l'arc-boutement tînt primitivement à la petitesse du fœtus ou même à son volume, à la grande quantité des eaux de l'amnios, à une viciation du bassin, etc., etc. ; toujours est-il que la matrice, après la rupture de la poche, revient sur le fœtus, et si elle ne corrige cette mauvaise di-

rection, elle la rend définitive et même l'augmente quelquefois.

Les fesses sont la partie de cette extrémité qui se présente le plus fréquemment au détroit supérieur; les pieds viennent après pour la fréquence, rarement l'enfant vient par les genoux. La flexion des cuisses sur le ventre et des jambes sur les cuisses, la mobilité dont ils jouissent sur le bassin explique la possibilité de ce dédoublement des extrémités pelviennes, mais il est nécessaire pour cela qu'une cause déterminante survienne; on la trouve dans les eaux qui, poussées avec violente douleur, précipitent les cuisses dans le col utérin largement ouvert et dans l'excavation du bassin. Il serait difficile de concevoir ce phénomène s'il y avait peu d'eau dans l'utérus, ou si le fœtus était volumineux; car les jambes et les cuisses seraient alors maintenues, appliquées contre le tronc, et s'engageraient avec cette extrémité. Dans presque tous les cas donc, les fesses descendent, abandonnent petit à petit les pieds qui remontent sur la face antérieure du tronc en se dégageant ou se déployant de dehors en dedans. Quel que soit au reste le mécanisme qui préside au déploiement des membres, quand ils précèdent les fesses ou accompagnent le tronc, toujours est-il qu'ils ne portent obstacle à la parturition que lorsqu'ils sont mal dirigés; autrement le bassin est assez large pour laisser passer le tronc et les membres réunis.

Un accoucheur exercé reconnaîtra sans peine la présence des genoux, des pieds ou des fesses, lorsqu'ils se présentent dans un des points du conduit vulvo-utérin. Mais un jeune praticien, un élève pourrait facilement confondre le pied avec la main, le genou avec le coude, les fesses avec la tête surtout s'ils sont déjà altérés dans leur forme. Nous ne saurions donc trop engager à explorer avec soin, car une méprise de ce genre peut devenir fâcheuse.

Le pied forme avec la jambe un angle plus ou moins ouvert selon l'état de flexion ou d'extension de cet appendice. La saillie en arrière du calcaneum, en dedans et en dehors des malléoles, la

concavité du bord interne et de la face plantaire toujours ridée: la longueur et le volume des orteils successivement décroissans du bord interne à l'externe, feront toujours distinguer le pied d'avec la main qui forme un tout continu avec le bras et dont le volume est moindre.

Les genoux pouvant être confondus avec les coudes, il n'est pas inutile d'en donner les caractères. Résultant d'un angle obtus, ils forment deux masses convexes terminées par deux colonnes d'inégale grosseur, les jambes et les cuisses, qu'on ne pourra confondre que difficilement avec les coudes beaucoup plus petits et pointus.

Une tumeur volumineuse, molle, séparée par un sillon profond où l'on trouve l'anus et les parties génitales des deux sexes et trois petites éminences, les tubérosités sciatiques et le coccyx empêchent d'être prise ni pour la tête ni pour le visage. (S'il y avait doute, voyez la manière de surmonter la difficulté, page 33.)

Le prognostic en général n'est pas grave, cependant il peut arriver qu'un séjour long-temps prolongé des pieds, des genoux, des fesses dans l'excavation ou au détroit supérieur, surtout si le travail est énergique, soit suivi de la mort de l'enfant ou amène des désordres plus ou moins graves dans les organes génitaux urinaires.

Diriger convenablement les parties déviées de leur direction normale, déployer les membres et terminer l'accouchement si la nature est impuissante; telles sont les indications à remplir.

Les pieds, lorsqu'il est nécessaire d'agir, peuvent être profondément engagés dans l'excavation ou encore au détroit supérieur: dans ce dernier cas, on va à la recherche du second pied ou de tous les deux, on les saisit de la manière suivante: le doigt indicateur est placé au-dessus et entre les malléoles internes, le pouce sur celle qui est en avant, et les trois doigts réunis sur celle qui est en arrière, les talons dans la paume de la main; on tire ensuite parallèlement à l'axe du détroit supérieur; on les amène à

la vulve. On réunit en (1re) ou 2e ses pieds selon la main qui a été introduite.

Un pied est-il dans l'excavation et l'autre retenu au détroit supérieur, comme je l'ai observé deux fois sur la même femme, et M. Capuron une troisième, on fixe un lacs si le fœtus jouit encore de quelque mobilité, ou bien on porte une main jusqu'au membre arc-bouté et on le dégage de dehors en dedans, en portant la main en pronation ou en supination, selon la position, de manière cependant que les quatre doigts de la main soient situés au côté externe du membre et le pouce à l'interne : soit une première position, calcanéo-cotyloïdienne gauche; la jambe postérieure déployée, l'autre fléchie sur la cuisse et retenue au détroit supérieur; la main droite est portée en pronation entre le membre à déployer et la symphyse, les quatre doigts en avant, le pouce en arrière, on l'accroche et on le porte d'avant en arrière en l'amenant dans l'excavation.

Lorsque les genoux se présentent, on les rencontre toujours dans l'excavation. Nous ne concevons pas leur séjour au détroit supérieur, à moins que le fœtus ne présente la région pubienne et fémorale admise par Baudelocque, mais dans ce cas ce n'est plus une présentation dont nous parlons. (*Voyez* le premier sous-ordre de la face antérieure.) On se comporte de la même manière que pour les fesses profondément engagées.

Celles-ci, par leur volume relatif ou absolu, ou par suite d'une inclinaison vicieuse, restent fixées au détroit supérieur, ou bien elles s'engagent dans l'excavation au bout d'un temps plus ou moins long et résistent là à tous les efforts expulseurs. Dans le premier cas, si les tentatives faites par l'accoucheur pour les faire engager convenablement ont été tentées sans succès, il faut introduire la main correspondante aux membres abdominaux du fœtus allongés sur l'abdomen et la poitrine; il les refoulera vers la fosse iliaque opposée à la main introduite; il parcourra ensuite le côté externe du membre postérieur, portera les quatre doigts sur le

côté externe de la jambe et du pied, le pouce au côté interne, et le dégagera d'arrière en avant et de dehors en dedans par rapport au fœtus. Après y avoir mis un lacs, il introduira de nouveau la main en pronation, dans la matrice entre le membre et l'utérus, saisira le membre de la même manière, et le dégagera également de dehors en dedans, mais d'avant en arrière. Cette manœuvre, d'une facilité extrême si le fœtus jouit encore de quelque mobilité, deviendra d'une exécution difficile si les eaux sont écoulées depuis long-temps et l'enfant pressé de toutes parts. Dans ce cas, nous n'avons pu éviter de fracturer les membres et les déployer qu'en suivant le procédé suivant : on place les doigts comme nous l'avons dit au côté externe du membre postérieur, le pouce dans le creux du jarret; des doigts recourbés en forme de crochet, on pressera sur le pied et l'extrémité inférieure de la jambe comme pour la fléchir, tandis qu'avec le pouce on pressera sur le jarret pour produire la flexion sur la cuisse; aussitôt qu'on l'aura obtenue, on saisira la cuisse qu'on défléchira avec encore plus de facilité en la pressant d'arrière en avant. L'autre membre serait extrait d'après le même procédé, mais en sens inverse, à moins qu'on ne préférât de tirer sur le membre qui est au-dehors, comme le faisait avec tant d'avantage Mme Lachapelle, et comme je l'ai fait moi-même plusieurs fois. Pour cela il faut que le fœtus ne soit pas trop volumineux. On réduit en première ou seconde des pieds.

Profondément engagées dans l'excavation, les fesses ont le plus souvent franchi le col utérin; lorsqu'elles sont encore au-dessus, leur refoulement au-dessus du détroit supérieur serait encore possible, mais cette manœuvre aurait souvent plus d'inconvéniens que d'avantages; d'ailleurs ne vaut-il pas mieux procéder à l'extraction de l'enfant avec les doigts ou des crochets mousses placés dans les aines : bien appliqués, ils peuvent tout au plus déterminer de légères contusions, dont les résultats ne sont point à comparer à ceux du refoulement. Elles ont toujours exécuté alors le mouvement de rotation, l'une est en avant sous la symphyse, l'au-

tre en arrière dans la concavité du sacrum. Si on se sert des deux doigts, on insinue l'indicateur de la main droite dans l'aine droite, et celui de la gauche dans l'aine gauche; on tire ensuite jusqu'à ce qu'elles soient au-dehors. La résistance est-elle insurmontable, on place un crochet mousse, et même les deux, si le premier ne suffit pas dans les aines. Pour cela, une main préalablement graissée est portée à plat entre la hanche postérieure et la concavité du sacrum, l'autre armée d'un crochet mousse ou de l'une des branches du forceps graissés également, l'introduit entre la hanche et la main; parvenu entre la première et la cuisse, l'olive est insinuée dans le pli du membre abdominal jusqu'au côté interne de la cuisse; sans cette précaution elle agirait sur l'aine et déchirerait les tissus de cette partie. La main correspondante au côté sur lequel le crochet est appliqué le saisira tandis que le doigt indicateur de l'autre, replié en forme de crochet, sera placé dans l'aine antérieure. On procédera ensuite à l'extraction des fesses avec la précaution de relever la postérieure conformément aux principes de la parturition naturelle. Lorsqu'elles sont sorties, si la nature peut se suffire à elle-même, on lui confie le reste de l'expulsion, sinon on termine comme nous l'avons indiqué plus haut.

On se comporterait de la même manière pour les genoux profondément engagés dans l'excavation.

DEUXIEME ORDRE. — 3 GENRES. — *Tronc.*

PREMIER GENRE. — Face antérieure : 2 sous-genres.

Premier sous-genre. *Abdomen et poitrine.* — Le fœtus situé dans la cavité utérine représente un arc dont la concavité répond à la face antérieure. C'est sur cette partie que sont fléchis les membres abdominaux et thorachiques. Cette demi-courbe peut être augmentée, et l'étendue de son grand axe diminuée par le rapprochement de ses deux extrémités. On l'obtient facilement en agissant sur

l'extrémité pelvienne ou sur les membres défléchis, tandis qu'on augmenterait l'étendue de l'ovoïde si on voulait le courber en arrière ou sur le dos. C'est sur cette réduction bien connue des accoucheurs qu'est basé le manuel obstétrique ou la version, bien plus difficile que la manœuvre indiquée dans le premier ordre. Rien de si aisé que cette manœuvre lorsque l'œuf est dans l'état d'intégrité, ou que les eaux viennent de s'écouler, mais aussi rien de plus pénible pour l'accoucheur et de plus dangereux pour la mère et l'enfant dans les circonstances opposées. L'essentiel en pareil cas est de ne pas se créer des difficultés, chose facile en suivant les préceptes indiqués par les auteurs. Ne pouvant les signaler tous, nous nous bornerons au suivant. Dans la première position du côté droit, ils prescrivent d'introduire la main droite, et de réduire en première des pieds; mais pour cela il est indispensable que le grand diamètre de l'enfant, qui est dirigé de gauche à droite, passe par le plus petit diamètre utérin qui se trouve dans la direction opposée. Peut-on concevoir l'exécution d'une semblable manœuvre, d'abord très-difficile pour l'opérateur, sans diminuer, plus que la vie ne le comporte, la courbe représentée par le fœtus, sans violenter la matrice et déterminer les plus vives douleurs? Elle est pleine de difficulté, de danger pour la mère et l'enfant, souvent mortelle pour tous les deux, et ne peut être approuvée. Le rapport constant des dimensions de la matrice et du fœtus nous a suggéré depuis long-temps l'idée de rattacher tous les genres du tronc admis par les auteurs à un seul principe dont la bonté nous en a été démontrée par l'expérience. Ce principe est basé sur ce fait que le fœtus peut exécuter un mouvement de rotation sur son axe, mouvement par lequel telle face du tronc, plus ou moins éloignée du détroit supérieur, peut être substituée à une autre qui en est plus rapprochée; par exemple, le dos au côté, celui-ci à la face antérieure. Dès lors plus de manœuvres insolites, plus de ces grandes évolutions fœtales si dangereuses et si pénibles à exécuter. Le grand décimètre de l'enfant reste toujours

en rapport avec la même dimension de l'utérus, et le choix de la main ne varie dans aucun des genres ni aucune des positions du tronc. Seulement, il est subordonné au côté du bassin vers lequel l'extrémité pelvienne correspond ; ainsi la main droite, si l'extrémité pelvienne est à gauche ; la gauche, si elle est dirigée à droite.

Quoique ce sous-genre soit, d'après l'observation de tous les auteurs, le plus rare de tous ceux du tronc, nous le plaçons néanmoins le premier, uniquement parce que c'est sur cette face que se trouvent les membres abdominaux qu'on est forcé d'aller chercher. Cette présentation est rarement franche comme l'observe avec raison Mme Lachapelle, ne pouvant s'accommoder que difficilement au détroit supérieur ; aussi se complique-t-elle souvent de l'issue d'un ou plusieurs membres, du cordon ombilical ; elle est plus élevée que le détroit supérieur, à moins que les eaux ne soient écoulées depuis long-temps et que le travail n'ait été très-énergique. Dans ce genre, comme dans ceux du dos et des lombes, des flancs et des côtés de la poitrine, nous comprenons toutes les positions inclinées de l'extrémité pelvienne admises par Mme Lachapelle. La connaissance de celles-ci conduira facilement à celles de cet auteur, car qui peut le plus, peut évidemment le moins.

Les causes sont les mêmes que nous avons indiquées plus haut (1re partie).

Le diagnostic est facile à déterminer : une tumeur molle, élastique où l'on trouve le cordon ombilical ; le sternum, les côtes, les espaces intercostaux, les bras, quelquefois un pied avec une main ; en bas, le pubis et les cuisses, en haut le col, suffiront toujours pour faire éviter une méprise. Elle peut se présenter dans deux positions : dans la première, le sternum répond au demi-cercle gauche ; dans la seconde, il répond au demi-cercle droit, l'extrémité abdominale aux points du bassin diamétralement opposés ;

Dégager les membres, faire la version partielle, extraire l'enfant, telle est la triple indication à remplir. Première position : On introduit la main gauche, on la porte sur les membres, on soulève

légèrement le tronc pour leur donner de la mobilité. On déploie les membres l'un après l'autre, ou tous les deux ensemble, on les amène à la vulve, et on réduit en seconde des pieds. Deuxième position : la main droite est introduite, soulève, dégage et réduit en première des pieds.

Deuxième sous-genre. *Visage et Gorge.* — Cette présentation vicieuse est évidemment la plus commune de toutes les présentations anormales, elle est par presque tous les auteurs mise au rang des naturelles ou normales. M. Capuron, raisonnant sur les données du problème établi par Solayrès et Baudelocque, l'exclut des positions naturelles. Il me semble qu'il n'a pas tout-à-fait tort. D'abord tous les auteurs qui l'admettent comme naturelle conviennent qu'elle se termine en général difficilement; qu'en général, aussi l'enfant souffre beaucoup; en troisième lieu, que l'art est souvent forcé d'intervenir. Dans les cas les plus naturels, si on mesure le bassin de la mère et la tête du fœtus, on trouve que le premier a des dimensions supérieures à celles qui lui sont assignées, ou l'enfant beaucoup plus petit que ceux pris pour type. Pourquoi être étonné alors d'un raisonnement basé sur des données mathématiques et sur une longue série de faits bien observés. L'oubli de tels principes conduit nécessairement à des conséquences désastreuses pour l'humanité, car une grande partie des enfans sont la victime d'une spectation mal entendue, puisqu'elle confie l'accouchement aux efforts souvent impuissans, mais assez énergiques pour conduire à un mal irréparable. Sans doute l'accouchement par le visage est possible, mais toutes les fois que les données du problème existeront, nous pensons comme l'habile praticien que l'accouchement est essentiellement du domaine de l'art, le fœtus présentant alors des dimensions supérieures à celles du bassin.

Causes. — Mme Lachapelle pense, contrairement à Deventer, Baudelocque et M. Gardien, que l'obliquité utérine et les contractions de cet organe ne sont souvent que secondaires dans la production de la présentation vicieuse du visage, et que la dé-

flexion peut exister indépendamment de ces causes. Elle attribue ce phénomène au poids de la partie antérieure de la tête qui entraîne le visage en bas vers le vide du bassin ; les contractions de la matrice survenant alors, poussent les parties les plus saillantes, le front, qui descend pendant que l'occiput remonte.

Lorsque le visage est très-élevé et qu'on ne peut le toucher que dans un point de son étendue, le diagnostic est alors difficile à établir. Il est obscur encore lorsque le visage est engagé en partie ou en totalité dans l'excavation et y a séjourné long-temps. Le gonflement dont il est le siége le rendant méconnaissable le fait prendre quelquefois pour les fesses. Cependant une exploration attentive empêchera toute méprise si, au centre du sillon formé par le boursoufflement des joues, on trouve la saillie formée par le nez, au-dessous duquel existe une fente transversale et le menton, tandis qu'au-dessus de cette éminence on sentira les globes oculaires terminés par le rebord osseux des arcades surcilières et le front; rien de tout cela ne se rencontrant sur l'extrémité inférieure du tronc (fesses), il n'y aura erreur qu'autant qu'on mettrait de la négligence ou de la précipitation dans le toucher.

Le col, portion intermédiaire à la poitrine et à la tête, sera facilement reconnaissable par son exiguité et par les signes que donneront ces deux portions contiguës.

L'attitude vicieuse que les forces expultrices ont donnée au fœtus, l'inflexion outrée de la tête sur le dos donnant au col sur lequel portent les contractions utérines, une courbure anormale et forcée, le prolongement rachidien se trouve tiraillé, et la mort de l'enfant peut s'ensuivre.

La disproportion entre les dimensions de la tête du fœtus et celles du bassin rendront la marche de la tête lente, difficile, même impossible par les efforts naturels, et si le travail se prolonge, la compression des parties intra-pelviennes et ses suites seront à craindre pour la mère. Le prognostic est donc dangereux pour

l'enfant et pour la mère, mais beaucoup plus pour le premier que pour la dernière.

L'enfant peut être situé de deux manières différentes, ou le front est tourné à gauche et le menton à droite (première position), ou le front est à droite et le menton à gauche.

Dans les deux cas, lorsque l'on reconnaît la présence de cette région de la tête, elle peut être située au détroit supérieur ou plus ou moins profondément placée dans l'excavation du bassin. Dans le premier cas, si la nature paraît devoir se suffire à elle-même, ou qu'elle n'éprouve que quelques légers obstacles, on cherche à les surmonter en favorisant le mécanisme de son expulsion spontanée; par exemple, si la tête est en première position, on place quelques doigts de la main droite sur le côté droit de la tête qui se trouve en avant; on cherche à porter le front en arrière vers le sacrum, où la nature le dirige toujours afin que le menton puisse traverser l'arcade sous-pubienne, et le devant du col et la base de la mâchoire inférieure servir de point d'appui sous cette symphyse pendant que le visage, le front et le vertex franchissent la commissure postérieure ou le périnée.

Si au contraire le visage, malgré les plus vives contractions, restait fixe et immobile au détroit supérieur, l'accoucheur devrait s'empresser de corriger la position défectueuse de la tête, et ramener le vertex au centre; l'art lui offre trois moyens pour cela, la main, le levier et le forceps.

La main peut y parvenir ou en accrochant l'occiput, ou en soulevant le menton vers la partie supérieure de la poitrine. Supposons le front à gauche du bassin ou en première position, la main droite est introduite, portée entre le vertex et la matrice jusqu'à l'occiput qu'elle embrasse de toutes parts; puis elle cherche à l'abaisser par des efforts lents, continus, proportionnés à la résistance. S'il est impossible de réussir de cette manière, on a recours au second procédé. On saisit de la main gauche l'extrémité inférieure du visage, quatre doigts sur la joue gauche, le pouce sur

la droite. Pendant qu'on cherche à fléchir le menton sur la partie supérieure de la poitrine, en le refoulant de bas en haut, la main droite, placée sur l'abdomen de la femme, résiste et porte en en bas l'extrémité abdominale de l'enfant. Cette conversion est d'autant plus facile que les eaux sont écoulées depuis moins de temps. Il serait dangereux de la tenter si la tête était fixe et immobile, et la matrice immédiatement appliquée sur le fœtus. Le levier des Français, conseillé en pareille circonstance, mais rarement employé de nos jours, échouerait tout aussi bien que la main. Cependant si on voulait en faire usage, voici comment on procèderait à son application : nous supposons toujours le visage en première position : la main droite introduite à plat entre le front et la parois utérine gauche sert de conducteur à l'instrument saisi avec la main gauche, la concavité tournée vers le front. L'opérateur lui fait parcourir le vertex et la région occipitale, en ramenant le manche vers la cuisse gauche. Lorsqu'il est fixé sur cette partie, il saisit le manche de la main droite, applique les quatre doigts de la main gauche sur les côtés du nez ou sur le menton, et le pouce sur la convexité de l'instrument pour le maintenir immobile sur l'occiput. Il abaisse cette dernière partie en portant l'instrument vers la cuisse droite pendant qu'il refoule avec les quatre doigts de la main gauche le menton de bas en haut vers la poitrine. Ce double mouvement de traction et de répulsion simultanés se conçoit très-bien en théorie; l'exécution en est même simple sur le mannequin, mais que de difficultés ne doit-on pas rencontrer dans la pratique !

La main et le levier étant impuissans pour convertir cette position en une naturelle, il ne reste à l'accoucheur que deux autres moyens, la version et le forceps, qui est exclusivement indiqué lorsque la tête est profondément engagée dans l'excavation du bassin. (*Voyez* les Traités élémentaires.)

DEUXIÈME GENRE. — Côtés : deux sous-genres.

Premier sous-genre. *Côté gauche ou droit bras.* — Les flancs, les côtés de la poitrine viennent après le visage pour la fréquence. Ils se présentent rarement sans qu'il y ait issue ou déploiement à travers les voies génitales, du membre supérieur. Comme la main à introduire et le manuel opératoire ne diffèrent point dans les cas de présentation des côtés avec ou sans cette complication, nous supposerons toujours le cas le plus difficile : la présentation du bras.

La saillie formée par l'épaule, la présence des bras sur les côtés du thorax, sa mobilité, la largeur plus grande du bassin transversalement, rendent raison de la fréquence de cet accouchement lorsque les causes de présentation vicieuse du fœtus existent. Cette région du tronc n'est pas la seule qui puisse être compliquée de l'issue de ce membre; on l'a observée dans toutes les autres présentations, même les plus naturelles, le vertex, les fesses. Dans ces deux derniers cas, cette complication ne s'oppose pas toujours à la parturition; mais comme elle peut y porter obstacle, nous y reviendrons en parlant des indications à remplir.

Le diagnostic des présentations vicieuses des côtés n'est pas toujours facile et aisé à déterminer : les difficultés tiennent souvent à l'intégrité des membranes fœtales. Dans ce cas, les eaux distendant l'utérus rendent le palper abdominal obscur et les signes fournis par la forme du ventre tels, que sa largeur prodigieuse, sa division en deux parties latérales, ne peuvent donner tout au plus que des craintes : l'auscultation médiate, le toucher vaginal, ne fourniront souvent que des données incertaines pour le diagnostic. La première, qui apprécie l'endroit de l'abdomen où les battemens du cœur du fœtus se font plus fortement entendre, pourra conduire à deux résultats opposés. Supposons la première

portion du vertex et la première portion franche de l'épaule de Mme Lachapelle ; dans les deux cas, les battemens se feront plus fortement entendre à gauche et en avant que partout ailleurs, et cependant quelle différence de situation ! Les signes tirés du toucher avant la rupture de la poche sont souvent encore infidèles. Sa forme cylindroïde (Leb. *Ducoudrai*), elliptique (*Plinck*, *Stein*), données comme des signes de la présentation du bras ou de l'épaule au détroit supérieur, sont des caractères trop hypothétiques pour qu'on puisse s'y arrêter. La difficulté ou l'impossibilité d'atteindre à la partie qui se présente, l'existence d'un ou de plusieurs membres du fœtus dans les membranes, ne sont que de faibles présomptions d'une situation vicieuse des côtés ; mais il faut tenir compte de toutes ces particularités et se tenir prêt à agir lorsque la rupture des membranes a permis de le porter d'une manière définitive. C'est le moment le plus favorable ; il y aurait alors de la maladresse ou défaut d'attention de méconnaître la partie qui se présente. Si on laisse passer cet instant favorable, la partie se tuméfie, devient méconnaissable, et le toucher superficiel peut faire commettre des fautes graves. Le toucher profond, l'introduction de toute la main ou partie de la main au-dessus de la tuméfaction dissipe le doute ou l'obscurité ; mais pour cela, il faut mettre toute pusillanimité de côté, et ne pas craindre de faire souffrir la femme, dont on ménagera autant que possible la sensibilité. C'est dans ces circonstances que le véritable praticien montre toute la supériorité qu'il a sur l'accoucheur novice.

Le rebord saillant de la crête iliaque, les cerceaux formés par les côtes, les espaces qui les séparent, une tumeur conoïde peu volumineuse, bornée en avant et en arrière par les bords saillans formés par la clavicule et le scapulum, le pli de l'aisselle, et la présence du bras situé en travers ou obliquement au détroit supérieur, caractériseront la présence de tout ou partie du côté ; le bras déployé dans les parties génitales ne peut faire l'objet d'aucun doute sur la présentation de la même partie.

Quant à la position et à la détermination du côté droit ou gauche, la chose n'est pas facile si on se borne à introduire seulement le doigt indicateur. La perplexité où jette l'accoucheur une indétermination de position et les dangers qui accompagnent une présentation vicieuse du genre de celle dont nous parlons, doivent faire violence à toute espèce de crainte. Il est urgent d'introduire la main. Si la main du fœtus est à la vulve au contraire, rien de plus facile que de déterminer le côté qui se présente et sa situation.

Le prognostic de l'issue du bras et d'un côté varie suivant que l'accouchement est confié aux efforts naturels ou que l'art intervient pour y suppléer. Tant que les membranes ne sont point rompues et les eaux écoulées, la mère et l'enfant ne risquent rien, mais le danger commence dès l'instant où la matrice tend à se contracter. La situation transversale du fœtus est la plus fâcheuse de toutes les présentations vicieuses : elle conduit inévitablement à la mort de l'enfant et de la mère, si on confie l'accouchement aux efforts naturels ; quelque énergiques qu'on les suppose, ils ne parviendront jamais à faire passer en double, à travers un bassin tel que nous l'avons supposé, un fœtus de dimensions ordinaires, et les exemples de Denman, de Mme Lachapelle et de tant d'autres, sont loin de pouvoir le justifier. Les enfans dans tous les cas étaient petits ou nés avant terme, et, si on en cite qui avaient un volume raisonnable, on ne note ni leur longueur, ni leur poids, ni leurs proportions ; on nous laisse ignorer aussi les dimensions du bassin qui leur a livré passage. Dans tous ces cas cependant la nature ne vient à bout d'expulser le produit de la conception qu'en faisant présenter l'une des extrémités de l'ovoïde fœtal, mais cette expulsion naturelle est le plus souvent achetée par le sacrifice de la mère et de l'enfant qu'une main intelligente appelée à temps aurait pu conserver.

L'art est donc obligé de venir au secours de la nature, et dans ce cas le prognostic variera suivant le temps depuis lequel les eaux

se sont écoulées, la position du fœtus et les complications. Si les membranes viennent de se rompre, qu'il y ait encore de l'eau dans la cavité de la matrice, ou bien si celle-ci, depuis long-temps vide d'eau, ne se contracte plus, l'opération sera simple, facile et tout aussi innocente que la parturition naturelle. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque la matrice est moulée, contractée fortement sur le fœtus et lui a fait franchir en partie le détroit supérieur, la femme et l'enfant seront exposés à plus de dangers que ne sauraient en produire les manœuvres nécessaires pour terminer l'opération. Les positions différentes du fœtus feront également varier le prognostic, toutes choses égales d'ailleurs. Ainsi la première position du côté gauche et la seconde transversale du côté droit seront plus difficiles à terminer que les deux autres à cause des membres abdominaux qui sont tournés en avant, la main aura évidemment plus de difficulté à les déployer.

Les complications rendront encore le prognostic d'autant plus dangereux que l'accident sera plus grave. Ainsi un travail long et pénible entraînant à sa suite l'épuisement, une hémorrhagie abondante, des convulsions, l'inflammation du péritoine, celle de la matrice, la déchirure de ce dernier organe, la putréfaction du fœtus, ajoutent à sa gravité et sont le plus souvent suivis de la mort.

Les indications à remplir sont subordonnées à l'état des membranes, au temps depuis lequel les eaux se sont écoulées, à la dilatation de l'orifice, et aux diverses complications du travail.

1° Lorsqu'on trouve un bras près de l'orifice ou engagé dans la poche des eaux, faut-il, comme en donnent le conseil beaucoup d'accoucheurs, attendre patiemment la rupture des membranes dans l'espoir que ce membre pourra disparaître et l'accouchement se terminer naturellement ? oui, sans doute, si on est sûr qu'il est accompagné des fesses ou de la tête ; mais lorsque de fortes probabilités, tirées de la forme du ventre et de celle de la partie qui se présente au détroit supérieur, sont en faveur d'une présentation vicieuse, la prudence fait une loi à l'accoucheur

d'imiter l'exemple de *Peu*, *Smellie*, *Deleurie* et Mme *Lachapelle*, et d'introduire la main, si toutefois le col est assez dilaté, entre les membranes et l'utérus jusqu'à son fond, de les rompre vers ce point, de prendre les pieds; en un mot, de faire la version.

On attend, au contraire, la rupture de cette poche, lorsqu'un bras accompagne, comme nous l'avons dit, l'une des extrémités de l'enfant. Aussitôt qu'elle est effectuée, on la dirige vers l'un des points du bassin qui offre le plus d'espace, les symphyses sacro-iliaques, par exemple, si, au préalable, on n'a pu les faire remonter en les soulevant de quelques doigts pendant la douleur. Par cette simple manœuvre, souvent l'extrémité fœtale s'engage, la complication disparaît et l'accouchement se termine.

Le membre est-il par sa présence cause du renversement de la tête? Au lieu de chercher à la redresser (Baudelocque), il est préférable de faire la version (Gardien), surtout si les eaux sont écoulées depuis long-temps. Lorsque la tête, au contraire, accompagnée des mêmes appendices, est descendue dans l'excavation, et que leur présence, l'étroitesse du bassin, un obstacle quelconque enfin, ralentit le travail ou rend l'accouchement impossible, le forceps est indispensablement indiqué et doit être appliqué avec l'attention d'éviter le bras.

L'issue prématurée du bras a toujours été, avec juste raison, un sujet d'épouvante pour les accoucheurs. De tout temps aussi ils se sont empressés d'y remédier par des moyens divers, mais plus dangereux les uns que les autres. Cependant *Moschion* et ses prédécesseurs, et plus tard *Deventer*, avaient indiqué le véritable procédé à suivre. Eh! que peuvent les meilleurs préceptes sur des esprits prévenus ou effrayés! *Aétius* conseillait l'amputation du bras dans l'article, et *Peu* dans la partie la plus élevée du bras. *Joséphi* pratiquait des incisions profondes sur le bras pour le dégorger, afin de pouvoir ensuite pénétrer plus facilement dans la matrice. Ambroise *Paré* et plus tard *Smellie*, *Couper*, arrachaient le bras en le tordant sur lui-même. *Ruffius* réduisait le bras et allait cher-

cher la tête. *Deleurie*, qui supposait l'impossibilité de l'introduction de la main à travers le col utérin contracté sur le bras sorti, prescrivait d'aller à la recherche du second bras afin de tirer plus efficacement sur les deux. *Peu* propose de passer autour du tronc à l'aide d'un crochet mousse et fenêtré un lacs, et de le faire descendre jusqu'aux aines en même temps qu'il refoule la poitrine; *Mauriceau* refoulait le bras derrière la tête; *Burton*, au contraire, refoulait le tronc avec une béquille de son invention placée sous l'aisselle et faisait descendre les fesses. *Celse* avait sinon exécuté, du moins entrevu la section du col (*dérotomie*), que *Van-Horne* avait conseillé, et qu'*Asdrubali*, *Smellie*, *Leroux* de Dijon, exécutaient avec de longs ciseaux et puis tiraient sur le bras. *Plenck* et *Rœderer* pratiquaient l'embriotomie : *Ambroise Paré*, *Heister*, vidaient le thorax; de nos jours *Robert Lée*, pour ménager les jours de la femme, arrache le bras, et suivant l'exemple de *Paré* et de *Heister*, vide le thorax et l'abdomen, fixe un crochet sur le bas de l'épine, et par des tractions ménagées extrait l'enfant.

Des moyens aussi dangereux pour l'enfant et quelquefois pour la mère, s'ils ne sont pas bien conduits, n'ont dû leur origine qu'à une circonstance qu'on rencontre assez souvent dans la pratique, telle que le peu de dilatation du col utérin, la résistance qu'il oppose à l'introduction de la main, et mieux la contraction générale de la matrice sur l'enfant, que les anciens ne connaissaient pas bien. Voulant débarrasser la femme promptement, et rencontrant un obstacle insurmontable de la part du col ou une grande difficulté par suite de la présence du bras dans les parties génitales, l'état de ce membre gonflé, livide, noir ou atteint de gangrène, leur faisant supposer, bien à tort souvent, la mort de l'enfant, ils le sacrifiaient volontiers; mais combien de mutilations et de victimes cette erreur de diagnostic ne devait-elle pas entraîner!

De nos jours, toutes ces méthodes sont proscrites; et il faut le dire, employées indistinctement et sans discernement, elles ne

peuvent qu'être préjudiciables à l'humanité; mais résulte-t-il de là qu'elles soient toujours inférieures à la méthode universellement répandue, et qu'elles ne devraient pas avoir quelquefois la priorité? C'est ce que nous examinerons plus bas.

Il ne nous reste, avant de passer au mode opératoire, qu'à nous occuper des indications tirées de l'état du col utérin et des complications.

2° et 3° Nous avons vu que le moment le plus favorable pour opérer était celui qui suivait immédiatement la rupture des membranes, mais elles peuvent se rompre trop tôt; le col est quelquefois dur, peu élastique, le siége d'une contraction spasmodique, etc., en un mot, pas assez dilaté ou assez dilatable pour permettre l'introduction de la main. On emploiera tous les moyens capables de l'assouplir, de le ramollir, tels que les bains, les demi-bains, les injections émollientes, les saignées, si la constriction tenait à la pléthore; les antispasmodiques, les calmans, si elle dépendait d'un état nerveux, etc., jusqu'à ce que l'effet désiré soit obtenu.

4° Y a-t-il une complication qui force d'éloigner la délivrance et que l'opération aggraverait, telle qu'une métrite, une péritonite, etc., etc., etc., il faut la combattre par tous les moyens conseillés en pareil cas, dont le détail serait ici superflu.

Lorsque le bras est au-dehors, l'enfant ne peut être placé que dans les deux positions suivantes : la tête est à gauche et l'extrémité abdominale à droite, première position, *et vice versâ* dans la seconde. On les détermine par l'inspection seule de la main; mais il faut, au préalable, bien situer le membre. Dans l'état ordinaire, le bras pendant sur les côtés du tronc, la face palmaire répond en dedans, le dos en dehors, le pouce en avant et le petit doigt en arrière. Mais lorsqu'on place, au contraire, tout le membre en supination, le petit doigt répond aux pieds, le pouce à la tête, la face palmaire à l'antérieure, la dorsale à la postérieure. Cette connaissance préliminaire va simplifier le diagnostic de la position du fœtus et du côté qui se présente. On porte le bras

jusqu'à l'épaule pour le mettre dans une bonne situation ; dès lors le pouce et le petit doigt indiqueront les extrémités, les faces de la main celles du tronc. Prenons un exemple pour chaque bras, afin de mieux nous faire comprendre : on pourra facilement ensuite en déduire les autres.

Première position. *Bras droit.* — Le pouce de la main répondra à gauche, le petit doigt à droite ; donc la tête est à gauche et l'autre extrémité à droite ; la face palmaire est en arrière et la face dorsale en avant : le bras droit seul peut fournir ces données, car si c'était la première du côté gauche, la face palmaire serait tournée en avant.

Deuxième position. *Bras droit.* — Supposant toujours le bras mis en supination, le pouce est dirigé à droite, le petit doigt à gauche, la face dorsale en arrière, la face palmaire en avant, donc la tête et les pieds sont l'une à droite et les autres à gauche ; des deux faces du tronc, l'antérieure est en avant, la postérieure en arrière. Si c'était le bras gauche, les faces seraient dirigées en sens inverse.

Le précepte suivant ne peut jamais induire en erreur. On place la face palmaire de la main sur celle de l'enfant, dans quelque direction que cette main se trouve. Si les pouces et les petits doigts se correspondent, elles appartiennent au même côté ou sont de même nom. On déduit par la direction des pouces et des petits doigts l'endroit du bassin qu'occupent la tête et les pieds de l'enfant.

Terminaison de l'accouchement, *première position du bras droit.* — On attache un lacs au bras, non pour l'empêcher de rentrer dans l'utérus (ce qui a toujours lieu), mais pour éviter qu'il ne prenne une mauvaise direction. Il faut le tenir parallèle au tronc du fœtus de peur qu'il n'arc-boute contre quelque point du bassin et n'apporte quelque obstacle à l'accouchement.

La femme étant bien située, le lacs appliqué, l'accoucheur introduit la main gauche sur le côté qui se présente jusqu'à la hanche, passe sur les membres abdominaux, les saisit et les tire de

haut en bas et d'arrière en avant pendant que de l'autre main, appliquée sur le ventre, il cherche à imprimer au tronc un mouvement en sens inverse ou de rotation pour amener la face antérieure en bas. Il dégage ensuite les membres ensemble ou séparément.

Si le côté gauche se présentait, la face antérieure serait tournée en avant, la même main introduite ferait exécuter un mouvement de rotation de bas en haut pour pouvoir mieux dégager les membres; dans ces deux cas elle réduirait en seconde des pieds. Ces principes sont trop facilement applicables à la deuxième position des bras et des côtés pour être obligé de les répéter, seulement la droite (main) devrait manœuvrer.

Cette demi-version, la seule en vogue aujourd'hui dans tous les cas possibles, est-elle sans innocuité pour la mère et l'enfant? Nous avons vu le contraire. Quels résultats doit-elle donc laisser à sa suite lorsque la matrice est contractée depuis long-temps, spasmodiquement ou d'une manière inflammatoire; lorsque le fœtus, fortement poussé dans l'excavation pelvienne par une matrice vigoureuse qui ne permet ni le refoulement de l'enfant, ni l'introduction de la main, ni la version? On avoue que tous les enfans succombent alors, et l'art ne fait rien pour la mère que quelques derniers efforts consument, ou que la putréfaction d'un corps étranger moissonne si elle y résiste. Appelé dans un cas semblable, bien convaincu de la mort de l'enfant, je ne balancerais pas à employer l'une des méthodes ci-dessus indiquées, persuadé que de deux maux j'éviterai le pire.

Deuxième sous-genre. *Oreille et col.* — Ce second sous-genre est un des plus rares; il comprend toutes les positions inclinaisées admises dans ces derniers temps.

Les signes sont principalement fournis par l'oreille; l'indication est de terminer l'accouchement le plus tôt possible, car la parturition est impossible. Si l'accoucheur s'aperçoit de bonne heure de la mauvaise position, il doit refouler l'épaule d'une main, ou saisir l'occiput pour le ramener au centre, sinon faire la version.

Première position. *Oreille droite*.— Vertex au demi-cercle gauche, épaules au demi-cercle droit; la face antérieure de l'enfant est en arrière, et l'extrémité inférieure à droite : la main gauche est introduite; elle refoule la tête à gauche, est portée ensuite sur les membres qu'elle saisit et dégage pendant que la droite, placée sur l'abdomen, aide au mouvement de rotation du tronc sur la face antérieure.

Première position. *Oreille gauche.* — La face antérieure du fœtus est dans cette position tournée en avant; la même main refoule la tête à gauche, suit le côté, *empoigne* la hanche ; de la droite portée sur le ventre, et de celle qui est sur la hanche, on imprime au tronc un mouvement de rotation sur son axe, afin de rendre les pieds accessibles à la main qui les déploie, les amène à la vulve, et réduit dans ce cas-ci comme dans le premier en deuxième position.

DEUXIÈME GENRE. — Deux sous-genres.

Premier sous-genre. *Dos et lombes.* — Ce sous-genre est le plus rare de tous ceux du tronc, et le plus incompatible avec l'attitude et la situation de l'ovoïde fœtal. Les épaules, les apophyses épineuses des vertèbres, le sacrum, les hanches, tels sont les signes qui caractérisent ce sous-genre. Première position : les épaules répondent à gauche, et le sacrum à droite : placer la main droite sur l'abdomen, introduire la gauche sous les fesses, refouler en arrière en situant l'enfant sur le côté gauche, puis, sur l'abdomen par un mouvement de rotation plus fort; prendre les membres, les amener à la vulve, et convertir en deuxième position. On procède absolument de la même manière lorsque le dos est en seconde, mais avec la main droite qui convertit en première position des pieds.

TROISIEME ORDRE. — I GENRE. — *Vertex.*

Les diverses positions du vertex admises par les auteurs comme naturelles, ne sont pas toutes également faciles : les deux oc-

cipito-cotyloïdiennes le sont toujours lorsque les conditions sus-indiquées existent. Les deux occipito-symphysiennes, au contraire, sont impossibles. La tête, par un mouvement de rotation qu'elle exécute dans l'excavation, se situe directement, l'occiput dans la cavité du sacrum, le visage en avant; celui-ci ne pouvant se loger sous l'arcade sous-pubienne, remonte pendant que l'occiput, mû par les efforts expulseurs, parcourt la paroi sacrée; mais il arrive difficilement à l'extrémité de la courbe sacro-coccygienne : le visage se fixe derrière la symphyse des pubis, où il arc-boute, pendant que l'occiput se fixe à son tour sur l'extrémité inférieure et postérieure du sacrum. Le diamètre occipito-frontal, qui a quatre pouces un quart, devient parallèle au coccy-pubien, qui n'a ordinairement que quatre pouces et demi, répulsion comprise. Toutes les fois que la position sera postérieure, non seulement la tête restera indéfiniment dans l'excavation, mais elle aura beaucoup de peine à s'engager. C'est au moins ce que nous avons observé. Il pourra donc arriver que le travail se suspende par épuisement, ou que la tête reste fixe, malgré les plus vives douleurs. Dans les deux cas, l'indication est de terminer l'accouchement. Alors de deux choses l'une, ou la tête est encore au détroit supérieur, en partie engagée seulement, ou descendue dans l'excavation du bassin. Dans le premier cas, deux moyens sont conseillés, la version et le forceps.

1° Version. *Position postérieure droite.* — Tout étant disposé pour l'opération, l'accoucheur introduit la main droite suivant la manière indiquée, saisit et embrasse le vertex, porte la tête vers la fosse iliaque droite, parcourt la face antérieure jusqu'aux membres abdominaux qu'il dégage, comme il a déjà été dit, les amène à la vulve, et réduit en première position des pieds (*calcanéo-cotyloïdienne gauche*). La tête remonte ordinairement avec facilité vers le fond de la matrice pendant qu'on tire sur les membres. Mais, dans le cas que nous supposons, la matrice vide d'eau et moulée sur le fœtus, loin de lui laisser abandonner le

détroit supérieur, tend au contraire à l'y précipiter avec les fesses. Pour surmonter ce surcroît de difficultés, il convient de placer un lacs sur chaque membre et de tirer sur eux pendant que de l'autre main on refoule la tête. Si les forces de l'accoucheur, départies sur les deux extrémités fœtales, étaient insuffisantes pour surmonter la résistance, les lacs seraient confiés à un aide, qui devrait tirer parallèlement à l'axe du détroit supérieur pendant que l'accoucheur refoulerait la tête.

2° Forceps. — Ce dernier, préférable à la version, doit toujours avoir la priorité sur la première.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la tête est profondément engagée dans l'excavation du bassin, il est exclusivement indiqué.